

Summary

The contemporary stage of social and economical development, that crosses the Republic of Moldova, is characterized through apparent deterioration in the state health of pupils. The epidemiologic study of the morbidity level of pupils in five main administrative sectors of Chisinau was carried. The morbidity in the administrative sectors of the city, with the exception of Botanica sectors, is dominated by the chronic diseases, weight oscillating in the 48,7 - 73, 2 % limits. The expressed difference review estimate to pupils in the Ciocana and Riscani sectors. In the morbidity structure with addition to dominance traditional classes- the respiratory system diseases, eye diseases sketching the digestive and osteoarticular diseases prevalence. The actual situation of the health pupil in the Chisinau city dictates imperative the necessity to implementation of measures to make the rising generation healthier and to save the national geophone.

FACTORII DE RISC ȘI FACTORII DE PROTECȚIE PENTRU NAȘTERILE PREMATURE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Dorina Darii, dr. în medicină, Centrul Național de Management în Sănătate

Actualitatea temei

Analizând datele literaturii de specialitate, constatăm că nașterea prematură și copilul prematur reprezintă o problemă obstetricală complicată. Factorii de risc ai nașterii spontane premature sunt în actualitate și acum. De exemplu, în Republica Moldova nu a fost efectuat nici un studiu de determinare a factorilor de risc în nașterea prematură, în baza materialului autohton. De aceea, ne-am propus să studiem particularitățile factorilor de risc ai nașterii premature spontane în Republica Moldova.

Incidența nașterilor premature variază între 4-12%, conform datelor prezentate de *C.A. Дворянский, C.H. Арасланова (2002); F. Arias (1997); W.E. Roberts (1990); B.M. Сидельникова (1994)* sau între 8-10% (*P. Virtej (1996), Gh.A. Paladi (1993), A. Serbencu, V. Moșin (2001)*), dar repartizarea indicilor este în mod particular dependentă de statutul socio-economic al țării și poate ajunge până la 22-30% (în țările subdezvoltate). Ținând cont de situația actuală și de prognosticul nefavorabil în nașterile premature, cel mai important moment este de a ne pronunța pentru dezvoltarea strategiilor noi și eficiente, pentru combaterea complicațiilor prematurității cu mobilizarea resurselor, în asigurarea unui nivel optim al măsurilor de prevenire și tratament în nașterile premature.

Obiectivele lucrării

Determinarea și ierarhizarea factorilor de risc și de protecție în nașterea prematură în Republica Moldova, cu elaborarea recomandărilor de orientare a factorilor de decizie pentru perfectarea strategiilor în conduita nașterilor premature.

Material și metode de cercetare

Studiul reprezintă o cercetare complexă, cu aplicarea mai multor metode de prelucrare matematico-statistică a materialului: interviu standard, cercetare integrală și selectivă, analiză stratificată descriptivă, cu aplicarea programului statistic SPSS. În conformitate cu cerințele de cercetare epidemiologică, au fost respectate principiile de selectare a eșantionului: caz-control, stratificat, neexperimental, retrospectiv, în același interval de timp. Populația supusă cercetării este formată din gravidele care au fost luate la evidență medicală pe tot teritoriul republicii și care au viză de reședință în Republica Moldova. A fost elaborat un chestionar observațional de prevalență tip caz-control, pentru colectarea datelor autentice, conform scopului și obiectivelor studiului.

Pentru aprecierea factorilor de risc în nașterea prematură, au fost formate două loturi (grupuri) de cercetare:

- grupul test (examinat) – gravidele care au încheiat sarcina prin naștere prematură;
- grupul martor (de control, comparare) – gravidele care au încheiat sarcina prin naștere la termen.

Studiul a fost efectuat în baza a 1760 de anchete, raportul dintre loturi 1:1. Mărimea lotului test a fost egală cu 878 de cazuri, ceea ce constituie totalitatea nașterilor premature pe parcursul anului 2006, pe întreg teritoriul republicii, în conformitate cu criteriile de stratificare stabilite pentru studiul

dat. Mărimea lotului martor a fost egală cu 880 de cazuri, pentru a obține rezultate maximal veridice. În matricea de corelație au fost incluși 112 parametri, grupați în 16 factori de risc. În baza „Tabelului de contingență 2x2” au fost determinați factorii de risc și ierarhia lor. Reprezentativitatea eșantionului este pentru femeile gravide din republică. Eroarea maximală trebuie să fie de $\pm 3\%$. Veridicitatea studiului a fost apreciată prin calcularea erorilor standard ale valorilor relative (ESp) și a erorilor standard ale valorilor medii (ESm), a criteriului „t” student.

Rezultate

În studiul nostru, pentru sarcinile nedorite, la femeile necăsătorite, mame solitare, ponderea prematurității este cu peste 50% mai mare ca în cazul femeilor căsătorite. În acest caz, climatul afectiv familial are un rol major. Astfel, fiecare al șaselea nou-născut este din afara căsătoriei, iar mediului rural îi revin 65,9% din totalul lor [4]. Conform datelor din studiul nostru, traumatismul fizic sau psihic pentru nașterea prematură este un factor indiferent (RP = 1,1 – 95%, ÎÎ: 0,8 – 1,5), iar relațiile sexuale prezintă un factor de risc redus (RP = 1,7 – 95%, ÎÎ: 1,2 – 2,3 și RA = 41,2%).

După repartizarea variabilei de vârstă nu se observă diferențe principiale ale mediilor de ani. Am putea menționa, că gravidele, care pe parcursul sarcinii nu au fost supravegheate medical și cu evidență tardivă, fac parte din categoria grupei social vulnerabile, cu sarcină nedorită. De asemenea, deprinderile nocive, pe parcursul sarcinii, ar putea fi potențial prevenite prin schimbarea comportamentului gravidei, deoarece conform rezultatelor studiului nostru probabilitatea nașterilor premature la femeile care consumă alcool este de 1,8 ori mai mare, în comparație cu femeile ne-consumatoare (RP = 1,8 – 95%, ÎÎ: 1,1 – 2,6 și RA = 44,4%).

Ruperea prematură a membranelor amniotice reprezintă cea mai frecventă cauză determinantă a finalizării nașterii înainte de termen. Astfel, majoritatea cazurilor de travaliu prematur cu ruperea prematură a membranei amniotice, debutează spontan la termenele de 34 - 37 de săptămâni de gestație (218 cazuri – 59,89%), în primele 12 ore după ruptura de membrane (197 de cazuri), marea majoritate a pacientelor nu neglijează acest simptom, iar reducerea riscurilor s-a obținut printr-o conduită medicală corectă. În studiul nostru am demonstrat că ruperea prematură a membranelor amniotice prezintă un factor de risc major (RP = 55,0 96%, ÎÎ: 42,8 – 67,0 și RA = 99%) și se plasează pe primul loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1).

Anamneza obstetricală complicată cu prematuritate este un indicator important de pronostic al finisării nașterii actuale prin prematuritate. În studiul nostru am demonstrat că prezența în anamneză a nașterilor premature prezintă un factor de risc major (RP = 54,0 95%, ÎÎ: 42,0 – 66,0 și RA = 98,1%) și se plasează pe al doilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1).

De asemenea, a fost demonstrat că prezența în anamneză a avorturilor spontane prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 2,6 95%, ÎÎ : 1,3 – 3,1 și RA = 58,8%). Acest factor se majorează de 4,7 ori, dacă anamneza obstetricală este complicată cu 2 avorturi spontane (RP = 4,7 – 95%, ÎÎ : 2,2 – 6,9 și RA = 78,7%). Prezența în anamneză a avorturilor medicale este un factor de risc redus pentru nașterea prematură (RP = 1,2 95%, ÎÎ : 0,8 – 1,6 și RA = 26,7%). Aceste date ne permit să stabilim, că mediul de trai rural prezintă un factor de risc redus în cazurile de anamneză complicată cu avorturi medicale (RP = 1,2 95%, ÎÎ: 0,8 – 1,6 și RA = 16,7%) și cu avorturi spontane (RP = 1,6 95%, ÎÎ: 1,1 – 2,1 și RA = 37,5%).

Tabelul 1

Ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură

Nr. d/o	Factorii de risc	RP	ÎÎ 95%	RA %	Nivelul riscului	Locul
1	2	3	4	5	6	7
1	Utilizarea alcoolului	1,8	1,1 – 2,6	44,4	Risc redus	XIV
2	Relațiile sexuale	1,7	1,1 – 2,3	41,2	Risc redus	XV
3	Bazinul anatomic strâmtat	3,0	1,2 – 4,1	66,7	Risc moderat	XI
4	AOC complicată cu un avort spontan	2,6	1,3 – 3,1	58,8	Risc moderat	XII
5	AOC complicată cu două și mai multe avorturi spontane	4,7	2,2 – 6,9	78,7	Risc major	VII
6	Sarcină multiplă	10,2	7,3 – 12,5	90,2	Risc extrem de major	IV
7	AOC complicată cu avort medical	1,2	0,8 – 1,6	26,7	Risc redus	XVI

8	AOC complicată cu naștere prematură	54,0	42,0 – 66,0	98,1	Risc extrem de major	II
9	Ruperea prematură a membranelor amniotice	55,0	42,8 – 67,0	99,0	Risc extrem de major	I
10	Anemia în sarcină	2,3	1,6 – 2,9	26,3	Risc moderat	XIII
11	Hipertensiunea arterială indusă de sarcină	3,5	2,6 – 4,4	71,4	Risc major	X
12	Preeclapsia în sarcină	41,0	38 – 46	97,6	Risc extrem de major	III
13	Anamneza complicată cu cardiopatie reumatismală	4,0	1,8 – 5,2	75	Risc major	IX
14	Anamneza complicată cu vicii cardiace	6,5	4,1 – 8,9	83,3	Risc major	VIII
15	Anamneza complicată cu pielonefrită	9,6	7,8 – 11,4	89,6	Risc major	V
16	Neefectuarea tratamentului local al infecției vaginale	5,5	3,5 – 7,0	81,8	Risc major	VI

De asemenea, factori de risc moderat prezintă: anamneza obstetricală complicată cu cicatrice pe uter în rezultatul operației cezariene (RP = 3,9 95%, Î: 2,6 – 4,2 și RA = 74,4%), anemia (RP = 2,3 95%, Î: 1,6 – 2,9 și RA = 26,4%), gestozele precoce (RP = 1,2 95%, Î: 0,8 – 1,6 și RA = 16,7%).

Un compartiment mai special este tratamentul modern al sterilității în cuplu, în particular, fertilizarea *in vitro*, care înregistrează indici crescuți pentru sarcinile multiple. Sarcina multiplă ocupă un loc deosebit de important în factorii de risc pentru prematuritate. În studiul nostru a fost demonstrat, că sarcina multiplă prezintă un factor de risc extrem de mare, de 10,2 ori mai mare comparativ cu grupul de control (RP = 10,2 – 95%, Î: 7,3 – 12,5 și RA = 90,2%) și se plasează pe al treilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1).

Hipertensiunea indusă de sarcină prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 3,5 95%, Î: 2,6 – 4,4 și RA = 71,4%). Preeclampsia prezintă un factor de risc extrem de major pentru nașterea prematură (RP = 41,0 95%, Î: 38 – 46 și RA = 97,6%) și se plasează pe al treilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1). Conform datelor din studiul nostru, am constatat că prezența în anamneză a cardiopatiilor reumatismale și a viciilor cardiace compensate, prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 4,0 95%, Î: 1,8 – 5,2, RA = 75% și RP = 6,5 95%, Î: 4,1 – 8,9, RA = 83,3% respectiv).

Am constatat că din patologia sistemului urinar, prezența pielonefritei este un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 9,6 95%, Î: 7,8 – 11,4 și RA = 89,6%) și se plasează pe al cincilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1). De asemenea, datele studiului ne permit să constatăm, că neefectuarea tratamentului local al infecției vaginale prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 5,5 95%, Î: 3,5 – 7,0 și RA = 81,8%).

Tabelul 2

Ierarhia factorilor de protecție pentru nașterea prematură

Nr. d/o	Factorii de protecție	RP	Î, %	RA, %	Nivelul riscului	Locul
1	Efectuarea a 2 vizite la medicul obstetrician-ginecolog	0,04	0,01 – 0,07	<0	Factor de protecție puternic	I
2	Examenul USG la termenul de 18 - 21 de săptămâni de gestație	0,4	0,1 - 0,7	<0	Factor de protecție moderat	IV
3	Evidența medicală precoce până la termenul de 12 săptămâni de gestație	0,5	0,2 – 0,8	<0	Factor de protecție moderat	V
4	Efectuarea a 6 vizite obligatorii la medicul de familie	0,5	0,2 – 0,8	<0	Factor de protecție moderat	V
5	Administrarea acidului folic din primele săptămâni de gestație	0,05	0,01 – 0,08	<0	Factor de protecție puternic	II
6	Administrarea preparatelor de fier pe parcursul sarcinii	0,3	0,2 – 0,6	<0	Factor de protecție puternic	III

În *tabelul 2* am prezentat ierarhia factorilor de protecție pentru nașterea prematură conform datelor primite în studiul nostru. Un indicator complex este respectarea algoritmului examenului antenatal. Astfel, un mijloc de protecție pentru prevenirea nașterii premature, repartizat pe primul loc, revine planificării a 2 vizite la medicul obstetrician-ginecolog de sector pe parcursul gravidității (RP = 0,04 95%, ÎI: 0,01 – 0,07 și RA <0%).

De asemenea, a fost demonstrat că factorii de protecție determinanți pentru prevenirea nașterii premature, sunt administrarea acidului folic (RP = 0,05 95%, ÎI: 0,01 – 0,08 și RA <0%), repartizat pe al doilea loc și administrarea preparatelor de fier (RP = 0,5 95%, ÎI: 0,2 – 0,6 și RA <0%), repartizată pe al treilea loc.

Conform datelor studiului nostru, am obținut doi factori de protecție moderați cu valori identice (RP = 0,5 95%, ÎI: 0,2 – 0,8 și RA <0% respectiv): evidența medicală precoce până la termenul de 12 săptămâni de gestație și efectuarea a 6 vizite obligatorii la medicul de familie.

Discuții

Cauzele care duc la o naștere prematură sunt numeroase și foarte variate, într-o proporție importantă, de la 40% - 70% (Luca V., Vîrtej P. 1989, Arias F. 1989, Fletcher 1982, Papiernik E. 1982, Papiernik E. 1969, Munteanu I. 2000), de la 50% (Дворянский С., Арасланова С. 2002, Сидельникова В. 1986, Masson 2001, Arias F. 1997, Cox S. 1988, Olofsson P. 1988), de la 30% (Morrison J. 2003, Goffinet F. 2001, Ancel P. 2002, Tucker J., McGuire W. 2004, Savitz 1999, Абрамченко В., Кленыцки Я. 1984) etiologia nașterii premature este determinată de factori inexplicabili și spontani. Iar după unii autori, până la 50%, nașterea prematură poate fi programată din motive medicale [7].

Conform datelor din literatura de specialitate, cauzele nașterii spontane premature, de obicei, asociate și nu unice, presupun următorii factori de risc: socio-economici, medicali, geografici, demografici, materni, feto-placentari [3, 6, 10, 13, 23, 33]. După unele date, în țările industrializate, prematuritatea este marcată prin persistența substratului socio-economic (Kramer 2003, Mattison 2001, Romero 1994). Rolul acestor factori a fost studiat continuu în Franța (Pinard 1895, Papiernik 1969, 1985, Rumeau-Rouquette 1978), în Europa (Debre 1934, Butler et Alberman 1969, Rantakallio 1969), în SUA (Gam et coll. 1977), în Rusia (Сидельникова, В. М. Дворянский С. А. 1986, Абрамченко В. 1983, Кулаков В. 1984, Голота В., Маркин Л. 1986), și demonstrează că grupul de risc pentru prematuritate este clasa social defavorizată, care corelează tangențial cu nivelul studiilor mamei (Butler et Alberman 1969, Chamberlain et coll. 1975, Gram et coll. 1977). Cercetările efectuate de marele savant francez Papiernik, încă din 1969, demonstrează că factorii sociali de risc sunt accesibili pentru profilaxie [24, 15].

În grupul factorilor de risc redus pentru nașterile premature, conform datelor din studiul nostru, au fost incluse abuzul de alcool în sarcină (RP = 1,8 – 95%, ÎI: 1,1 – 2,6 și RA = 44,4%), relațiile sexuale în sarcină (RP = 1,7 – 95%, ÎI: 1,2 – 2,3 și RA = 41,2%), traumatismul fizic sau psihic în sarcină (RP = 1,1 – 95%, ÎI: 0,8 – 1,5). După unii autori, consumul de alcool în cantități mici puțin probabil influențează prematuritatea (Shiono 1986, Florey 1992, Papiernik 1993).

În lume peste 10% dintre gestante sunt tinerele între 15 – 19 ani [34, 35]. În ultimii ani, în țările de Nord și Est (Franța, Finlanda, Suedia, Germania și altele) apar tendințe de majorare a vârstei femeilor primipare [1, 7, 20, 29]. De menționat, că din în anul 1996 se păstrează tendința pozitivă de scădere a ponderii nașterilor (din numărul total al născuților vii) la femeile cu vârsta de până la 20 ani (18,6% în 1996, 17,9% în 1998, 17,2% în 2005) [4]. Vârsta medie a mamei la naștere pe republică a fost de 25,4 ani [4]. În studiul nostru, în grupul examinat, pentru primipare vârsta medie a mamei a fost de 27 ani, iar în grupul de control – a fost de 26 ani.

Conform datelor din studiul nostru, factori de risc extrem de majori pentru nașterile premature sunt anamneza obstetricală complicată cu nașteri premature anterioare (RP = 41,0 95%, ÎI: 38 – 46 și RA = 97,6%). Dacă anamneza gravidei este complicată, cu trei nașteri premature, atunci incidența repetării prematurității este de 59,7% (Kaltrieder A., Johnson J., Kierse V.). Prin studiul analitic de regresie Hobel C. (1978) a demonstrat că AOC cu prematuritate este un indicator important de pronostic al finisării nașterii actuale prin prematuritate. De asemenea, conform datelor din studiul nostru, anamneza obstetricală complicată cu două și mai multe avorturi spontane majorează de 4,7 ori riscul pentru nașterea prematură. Iar studiile efectuate în SUA arată că există o incidență de 2,5 ori mai mare la femei, cu cel puțin un avort spontan în antecedente.

Bolile coexistente și preexistente sarcinii sunt deosebit de importante. Afecțiunile cardiovas-

culare au o incidență destul de mare. Hipertensiunea din sarcină, preeclampsia și greutatea mică la naștere sunt direct interdependente [5, 21, 23]. O gravidă cu preeclampsie, eclampsie, cu tensiunea arterială de 200/120 mmHg are șanse mici de naștere a unui copil viu (Lin și coll. 1982). Rata mortalității intrauterine, perinatale, materne este mai crescută, fiind direct proporțională cu valoarea tensiunii arteriale [5, 21, 28, 36, 37]. Conform datelor din studiul nostru, factori de risc major pentru nașterile premature sunt hipertensiunea indusă de sarcină (RP = 3,5 95%, ÎI: 2,6 – 4,4 și RA = 71,4%), preeclampsia (RP = 41,0 95%, ÎI: 38 – 46 și RA = 97,6%), cardiopatiile reumatismale în sarcină (RP = 4,0 95%, ÎI: 1,8 – 5,2, RA = 75%). După datele lui Lancet (2005), suplimentarea cu calciu a gravidei pe parcursul sarcinii poate fi o măsură de profilaxie a preeclampsiei.

Bacteriuria asimptomatică, pielonefrita acută dublează riscul pentru NP [14, 16, 18, 27, 36, 38]. Conform datelor literaturii, bacteriuria asimptomatică antrenează în 30 – 50% și o pielonefrită, care, la rândul ei, prezintă un risc de NP [14, 27]. Conform studiilor specializate, există dovezi certe că bacteriuria asimptomatică netratată intervine în declanșarea nașterii spontane premature [3, 14, 16, 18, 27, 31]. În studiul nostru, factor de risc major pentru nașterile premature este anamneza complicată cu pielonefrită în sarcină (RP = 9,6 95%, ÎI: 7,8 – 11,4 și RA = 89,6%).

În 25 – 58% cazuri, la declanșarea travaliului spontan prematur, contribuie ruperea prematură a pungii amniotice (Ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie, nr. 20, Revizia 0, 2007) și precedă nașterea prematură în 1/3 din cazuri [2, 14, 19, 20]. Acest compartiment continuă a fi actual teoretic și practic (Alger L., Cox S., Olafsson P. 1988, Maymon E., Chaim W. 1998, Arias F. 1997, Ancel P. 2000, Serbencu A., Moșin V. 2001, Дворянский С., Арасланова С. 2002). Unul dintre criteriile de specificitate ale NP, în studiul nostru, a fost caracterizat prin RPMA cu apariția și progresarea activității contractile uterine.

Datele obținute în cadrul studiului ne-au permis să identificăm factorii de risc ai nașterilor premature în Republica Moldova și să prezentăm ierarhia factorilor de protecție. Aceste date pot fi aplicate în elaborarea recomandărilor de orientare a factorilor de decizie pentru perfectarea strategiilor în conduita nașterilor premature în baza factorilor de risc determinați pentru Republica Moldova.

Concluzii

Acest studiu ne-a permis evidențierea nu numai a factorilor de risc pentru nașterea prematură, ceea ce este important pentru managementul corect al sarcinii, dar și stabilirea factorilor de protecție pentru nașterea prematură.

Cauzele care pot contribui la dezvoltarea travaliului prematur sunt frecvent asociate cu o etiopatogenie multifactorială. În studiul efectuat, am determinat următorii factori de risc ai nașterii premature: socio-economici, materni, medicali extragenitali și ai sistemului reproductiv, de comportament și demografici, medicali obstetricali, psihosociali.

Metoda determinării factorilor „de risc”, în cazul nașterilor premature, este orientată în direcția elaborării măsurilor preventive prioritare și poate fi recunoscută drept o metodă originală de studiere a problemelor științifico-practice în medicină. În studiul nostru am demonstrat că:

1. Factori de risc extrem de majori pentru nașterile premature sunt ruperea prematură a membranelor amniotice (RP = 55,0 96%, ÎI: 42,8 – 67,0 și RA = 99%), anamneza obstetricală complicată cu nașteri premature anterioare (RP = 54,0 95%, ÎI: 42,0 – 66,0 și RA = 98,1%), sarcina multiplă (RP = 10,2 – 95%, ÎI: 7,3 – 12,5 și RA = 90,2%), preeclampsia în sarcină (RP = 41,0 95%, ÎI: 38 – 46 și RA = 97,6%).

2. Factori de risc major pentru nașterile premature sunt anamneza obstetricală complicată cu două și mai multe avorturi spontane (RP = 4,7 – 95%, ÎI: 2,2 – 6,9 și RA = 78,7%), anamneza complicată cu pielonefrită în sarcină (RP = 9,6 95%, ÎI: 7,8 – 11,4 și RA = 89,6%), neefectuarea tratamentului local al infecției vaginale (RP = 5,5 95%, ÎI: 3,5 – 7,0 și RA = 81,8%), hipertensiunea indusă de sarcină (RP = 3,5 95%, ÎI: 2,6 – 4,4 și RA = 71,4%).

3. Factori de risc moderați pentru nașterile premature sunt anamneza obstetricală complicată cu un avort spontan (RP = 2,6 – 95%, ÎI: 1,3 – 3,1 și RA = 58,8%), cu o cicatrice pe uter în rezultatul operației cezariene (RP = 3,9 95%, ÎI: 2,6 – 4,2 și RA = 74,4%), anemia pe parcursul sarcinii (RP = 2,3 95%, ÎI: 1,6 – 2,9 și RA = 26,4%), tipul constituțional (bazinul anatomic strâmtat – RP = 3,0 – 95%, ÎI: 1,4 – 4,1 și RA = 66,7%).

4. Factori de risc reduși pentru nașterile premature sunt abuzul de alcool în sarcină (RP = 1,8 – 95%, ÎI: 1,1 – 2,6 și RA = 44,4%), relații sexuale în sarcină (RP = 1,7 – 95%, ÎI: 1,2 – 2,3 și RA =

41,2%), traumatismul fizic sau psihic în sarcină (RP = 1,1 – 95%, ÎI: 0,8 – 1,5), anamneza obstetricală complicată cu un avort medical (RP = 1,2 – 95%, ÎI : 0,8 – 1,6 și RA = 16,7%).

În baza celor menționate, în urma cercetării efectuate, remarcăm următoarele date:

- ruperea prematură a pungii amniotice contribuie la declanșarea travaliului spontan prematur și precedă nașterea prematură în 1/3 din cazuri;
- sarcina multiplă prezintă un factor de risc de 10,2 ori mai mare, comparativ cu grupul de control;
- anamneza obstetricală complicată cu două și mai multe avorturi spontane majorează de 4,7 ori riscul pentru nașterea prematură;
- afecțiunile sistemului uro-genital în sarcină manifestă un impact considerabil asupra incidenței prematurității, iar infecțiile cu evoluție asimptomatică dublează riscul de travaliu prematur;
- probabilitatea nașterilor premature la femeile care consumă alcool în sarcină este de 1,8 ori mai mare, în comparație cu femeile ne-consumatoare.

Acest studiu ne-a permis evidențierea nu numai a factorilor de risc pentru nașterea prematură, ceea ce este important pentru managementul corect al sarcinii, dar și stabilirea factorilor de protecție pentru nașterea prematură.

Bibliografie selectivă

- 1 ACOG Practice Bulletin. Assessment of risk factors for preterm birth. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Obstet. Gynecol., 2001, vol. 98, no. 31, p. 709-716.
- 2 Alger, L., Pupkin, M. Etiology of preterm premature rupture of the membranes. Clin. Obstet. Gynecol., 1986, vol. 29, no. 4, p. 759-770.
- 3 Ancel, P.Y. Menace d'accouchement premature et travaux premature a membrane intactes. J. Gynecol. Obstet. Biol. de la Reprod., 2002, vol. 31, no. 7, p. 10-21.
- 4 Anuarul Statistic al Republicii Moldova, 2003 – 2007. Departamentul Statistică și Sociologie al RM, Chișinău, 2004 – 2008.
- 5 Benedetti, T. J., Quilligan, E. J. Cerebral edem in severe pregnancy – induced hypertension. Am. J. Obstet. Gynecol., 1980, vol. 137, p. 861-864.
- 6 Berkowitz, G., Blackmore-Prince, C., Lapinski, R., Savitz, D. Risk factors for preterm birth. Epidemiology, 1998, vol. 9, p. 279-285.
- 7 Blondel, B., Kogan, M. et al. The impact of number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight. J. Obstet. Gynecol. Biol. Reprod., 2002, vol. 92, p. 1323-1330.
- 8 Brocklehurst, P., Hannah, M., McDonald, H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Database of systematic reviews. The Cochrane Library-Issue 1, 2001.
- 9 Carroli, G., Rooney, C., Villar, J. WHO Program to Map the Best Reproductive Health Practices: How Effective is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity. Paediatr. Perinat. Epidemiol., 2001, vol. 15 (supplement), p. 1-42.
- 10 Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G. et al. WHO Systematic Review of RCTS of Routine Antenatal Care. Lancet., 2001, vol. 357, no. 9268, p. 1565-1570.
- 11 Cleary-Goldman, J., Malone, R., Vidaver, J., Ball, R., Nyberg, D., Comstock, C. et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. Obstet. Gynecol., 2005, vol. 105, no. 5, p. S1983-990.
- 12 Hauth, J., Goldenberg, R., Aderws, W., Dubard, M., Copper, R. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. N. Engl. J. Med., 1995, vol. 333, p. 1732-1736.
- 13 Hill, K. Reducing Perinatal and Neonatal Mortality. Child Health Research Project Special Report, Baltimore, 1999, may, vol. 3, no. 1.
- 14 Kass, E. Pyelonephritis and bacteriuria. Am. Inter. Med., 1962, vol. 56, p. 46-53.
- 15 Luca, V. Diagnostic și conduită în sarcina cu risc crescut. București, 1989, p. 659-694.
- 16 Martius, J., Roos, T. The role of urogenital tract infections in the etiology of preterm birth. Gynecol. Obstet., 1996, vol. 258, p. 1-19.
- 17 McElrath, T., Norwitz, E., Robinson, J. et al. Differences in TD-x fetal assay values between twin and singletons gestations. Am. J. Obstet. Gynecol., 2000, vol. 182, p. 1110-1112.

- 18 McFee, J. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: results of controlled evaluation. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1995, vol. 173, p. 157-167.
- 19 Morse, S.B., Haywood, J.L., Goldenberg, R.L. et al. Estimation of Neonatal Outcome and Perinatal Therapy Use. *Pediatrics*, 2000, vol. 105, no. 5, p. 1046-1050.
- 20 Olofsson, P., Rydhstrom, H., Sjoberg, N. How Swedish Obstetricians manage premature rupture of membranes in preterm gestations. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1988, vol. 159, no. 5, p.1028-1034.
- 21 Osmond, C, Barker, D.I, Winter, P.D., Fall, C.H., Simmonds, C.J. Early fetal growth and death from cardiovascular disease in women. *Brit. Med. J.*, 1993, vol. 307, no. 6918, p. 1519-1524.
- 22 Paladi, Gh., Cucos, N., Cernetchi, O. etc. Sarcina și bolile asociate ei. Chișinău, 2003, 120 p.
- 23 Paladi, Gh. Obstetrica. Chișinău, 1993, 462 p.
- 24 Papiernik, E. Coefficient de risque d accouchement premature. *Presse Med.*, 1969, vol. 77, p. 763.
- 25 Papiernik, E., Combier, E. Morbidité et mortalité des prématurés de moins de 33 semaines. *Bull. Acad. Natl. Med.*, 1996, vol. 180, p. 1017-1027.
- 26 Pons, J., Charlemaine, C., Dubuil, E., Papiernik, E., Frydman, R. Management and outcome of triplet pregnancy. *Eur. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1997, in press.
- 27 Smail, F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *The Cochrane database of System. Reviews.*, The Cochrane Library, Issue 1, 2001.
- 28 Tempelton, A., Kelman, G. Arterial blood gases in preeclampsia. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 1997, vol. 84, p. 290-297.
- 29 Tulloch, J. Integrated approach to Child Health in developing countries. *Lancet.*, 1999, vol. 354 (suppl. 2), p. 16-20.
- 30 Van Eyck, J., Arabin, B. Delayed-interval delivery in multiple pregnancy. New York, Parthenon Publ. Group, 2001, 280 p.
- 31 Vîrtej, P. Obstetrica fiziologică și patologică. București, 1997, p. 589-623.
- 32 World Bank. Safe motherhood and the World Bank: Lessons from 10 years of experience. Human Development Network, Washington, DC, 1999.
- 33 WHO. Essential Care Package. Guidelines for Pregnancy and Childbirth. WEO, 2005.
- 34 Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году. Здравоохранение Рос. Фед., Москва, 2006, N. 4, с. 3-10.
- 35 Дворянский, С., Арасланова, С. Преждевременные роды. Москва, Мед. Книга, 2002, 93 с.
- 36 Пикаускайте, Д. Преэклампсия. *Мед. Генетика*, 2006, N. 7, с. 252-257.
- 37 Сидельникова, В. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему. *Акуш. и гинекол.*, 2007, N. 5, с. 26-28.
- 38 Фролова, О., Дурасова, Н. Медико-социальные аспекты преждевременных родов. *Акуш. и гинекол.*, 2008, N. 3, с. 48-50.

Rezumat

Nașterile premature sunt și în Republica Moldova o problemă majoră, continuă de sănătate, având o prevalență înaltă cu consecințe sociale și economice importante. Profilaxia și tratamentul nașterilor premature constituie o declarație a strategiei prioritare pentru politica de sănătate și medicină contemporană din Republica Moldova. Orientarea spre nașterea fiziologică la termen reprezintă o tendință continuă, pentru asigurarea unor noi modalități de reformare permanentă în domeniul prematurității.

Summary

Premature birth is a major problem for the public health concern in the Republic of Moldova, having a high incidence as well as crucial social and economic consequences. Nowadays, prevention and treatment of premature birth has been declared as priorities for policy in Health System in Moldova. Orientation to a physiological birth is the goal of the new reforms that are conducted in the obstetrician branch of health system.